Rok XLVI. Kraków, dnia 8 czerwca 1907. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kiła a wiąd rdzenia.

Na podstawie własnych spostrzeżeń

Napisał

dr Stefan Filipkiewicz

lekarz zakładu w Cieplicach Trenczyńskich.

(Dokończenie.)

Znamiennem jest, że w 258 przypadkach początkowe objawy kiły były bardzo łagodne, chorzy przebywali leczenie jednorazowe, a nie widząc później żadnych objawów chorobowych, któreby ich do przedstawienia się lekarzowi zmuszały, leczenie zaniedbali; u 46 leczenia kilkakrotnie powtarzanego za dostateczne uważać nie można było, gdyż ilość wcierań doszła najwyżej do 120.

Większość, bo 209 pokiłowych przypadków cechował rozwój atypowy, przebieg łagodny *(tabes benigna)*, o objawach skąpych utrzymujących się przez szereg lat na tym samym stopniu nasilenia. W 77 przypadkach, w których oprócz kiły wykazały wywiady powyżej wspomniane szkodliwe czynniki, były objawy cięższe; z tych w 7 głównym objawem był zanik nerwu wzrokowego, dziewięć zakończyło w krótkim czasie porażeniem postępowem.

W 24 przypadkach niekiłowych był przebieg typowy, z szeregiem wybitnych objawów rdzeniowych, miarowo się wzmagających i potęgujących, a wywiady stwierdziły u trzech gwałtowne przeziębienie, w 4 poprzedzały nadużycia płciowe, reszta nic stanowczego podać nie mogła.

Ile razy na 328 wspomnianych przypadków poszczególne objawy występowały, przedstawia następujący wykaz [2]):

Bole przeszywające	276	razy	86	%
Uczucie opasania	95	»	29	»
Zaburzenia czucia skóry	256	»	78	»
Napady żołądkowe *(crises gastricae)*	25	»	7	»
Napady krtaniowe — jeden zakończony tracheotomią	3	»	0·9	»
Napady odbytowe	12	»	3·6	»
Zaburzenia czynności pęcherza mocz.	172	»	52	»
» » płciowych	97	»	30	»
Objaw Westphala — brak obu odruchów kolanowych	247	»	75	»
Objaw Westphala — zmniejszenie obu	33	»	—	»
» » nierówność	26	»	—	»
Objaw Westphala — brak jednego	17	razy	—	%
» » wzmożenie	5 [3])	»	—	»
Bezład wybitny	119	»	33	»
Objaw Romberga	219	»	66	»
Dwuwidzenie przemijające	18	»	5	»
Nieruchomość zwrotna źrenic Arg. Rob.	56	»	17	»
Rozszerzenie jednostronne źrenicy	137	»	41	»
Nierówność źrenic	61	»	18	»
Porażenie nerwu okoruchowego	21	»	6	»
Opadnięcie powieki	25	»	7·6	»
Zanik nerwu wzrokowego	12	»	3·6	»
Zapalenie rdzenia *(myelitis)* i wiąd	3	»	0·9	»
Porażenie połowicze	2	»	0·6	»
Znieczulenie gałązek n. trójdzielnego	15	»	4·8	»
Niedowład nerwu twarzowego	3	»	0·9	»
Niedowład nerwu strzałkowego *(peronaeus)*	5	»	1·5	»
Miażdżyca tętnic	46	»	1·4	»
Wady serca	11	»	3	»
Zmiany w stawach *(arthropathiae)*	29	»	8·8	»
Próchnienie szczęki dolnej	1	»	0·3	»

Do najczęstszych objawów zwiastunowych wiądu należą bole przeszywające, drążące, sadowiące się częściej w dolnych, niż w górnych kończynach. Bole te mają dwa typy, albo przerzucają się z miejsca na miejsce i z przebiegu podobne są do bolów gośćcowych, powstałych po zatruciach, w rozległej miażdżycy tętnic, lub sadowią się w jednem miejscu, w różnych odstępach czasu błyskawicznie przeszywając podrzucają chorym, a skóra w miejscu sadowiącego się bolu bywa tak przeczulona, że dotknięcie bielizny sprawia przykrość. Ten typ bolu uważam za nader znamienny; spostrzegałem go u chorych jako jeden z pierwszych objawów wiądu, a u kiłowych już bardzo podejrzanym być powinien (Goldflam).

Na ten objaw szczególniejszą zwracam uwagę od czasu, gdy polegając na rozpoznaniu gośćca u poleconego mi, a takich bolów doznającego, chorego, stwierdziłem w 10 dni po użyciu kąpieli o 30° R wystąpienie wybitnego bezładu, a w następnych latach w 10 podobnych przypadkach ściślejsze badanie wykazało objawy wiądu.

W 5 przypadkach ból sadowił się wzdłuż nerwu kulszowego, a wspominam o tem dlatego, że w 3 przypadkach chorzy przybyli z rozpoznaniem rwy kulszowej, a dokładniejsze badanie wykryło znamienne objawy wiądu.

Z zestawienia powyższego wysnuwam następujące wnioski:

[2]) Zestawienie powyższe sięga i odleglejszych lat, przeto objawów później stwierdzonych, jak odruchu ścięgna Achillesa i hypalgezyi tegoż (Abadie) i t. d. nie włączyłem.

[3]) Wzmożenie odruchów kolanowych odnosi się do 3 przypadków równoczesnego zapalenia rdzenia (*myelitis*) i 2 porażenia połowiczego.

1) Kiła jest głównym, ale nie jedynym czynnikiem, wiąd rdzenia wywołującym.

2) Wiąd występuje najczęściej tam, gdzie wczesne objawy kiły były łagodne i w pierwszych okresach niedostatecznie leczone.

Z tej też przyczyny Trzciński w pracy p. t. »Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym« (»Medycyna« 1905) twierdzi, że obowiązkiem jest każdego lekarza stanowczo orzec, iż dotknięty kiłą winien przez szereg lat poddawać się oględzinom lekarskim, w pierwszych trzech latach co miesiąc. Nawroty cierpienia mogą być tak nieznaczne, że tylko lekarz specyalista je dostrzeże. Normalne leczenie swoiste, 7 do 8 okresów wcierań, powinno być przeprowadzone w 2 do 3 latach. Zaniedbanie pierwszego okresu kiły wystawia chorego na groźne niebezpieczeństwo w przyszłości. Niebezpieczeństwem tem jest wiąd lub porażenie postępowe.

3) Z uwagi, że odsetek w stosunku do dotkniętych kiłą nie jest znaczny, przyjąć należy jakiś wtórny czynnik, jak Neisser się wyraża S + X, który bezpośrednio na przygotowanym przez kiłę gruncie do schorzenia układu nerwowego wiedzie. Być może, że kiła zmniejsza w znacznym stopniu odporność układu nerwowego, a zaburzenia czynnościowe pod wpływem innych, wtórnych szkodliwych czynników, działających na ten »locus minoris resistentiae«, nie mogąc się wyrównać, wiodą do zwyrodnienia. Do tych wtórnych czynników, które wybuch wiądu przyspieszyć, tlejące cierpienie spotęgować i złośliwszy przebieg mu nadać mogą, zaliczyć należy silne szkodliwe wpływy na układ nerwowy, ogólnem mianem urazu ujęte, lub odziedziczoną skłonność do chorób nerwowych. Za tem, że na działanie tych czynników wyższe warstwy społeczeństwa więcej są narażane lub mają więcej sposobności im podlegać, przemawia uderzająca różnica w pojawianiu się wiądu w klasach inteligentnych w porównaniu do ludzi, fizycznie ciężko pracujących. Czy ważnej roli w powstaniu wiądu nie odgrywa zakażenie kiłowe u osób, pochodzących z rodziców kiłowych, nie chcę przesądzać. Windscheid w rozprawie: »Tabes und Trauma« (»Münch. med. Woch.« 1006) zbija teoryę urazową twierdzeniem, że uraz mógł nastąpić w okresie zmian czynnościowych wiądu i przebieg przyspieszyć. Nie będziemy więc urazowi przypisywać powstania wiądu, jeżeli po urazie w okolicy kręgosłupa wystąpi napad żołądkowy *(crisis gastrica)* lub po urazie głowy zanik nerwu wzrokowego.

Zwolennicy teoryi kiłowej przemawiają stanowczo za leczeniem swoistem we wczesnym okresie wiądu. Babiński radzi nie poprzestawać na kilkotygodniowem leczeniu, po którem dodatnich skutków spodziewać się nie można, lecz zaleca stosować swoiste środki przez szereg lat, a że leczenie swoiste i w innych postaciach kiły układu nerwowego nie zawsze daje wynik pomyślny, przeto i pewien odsetek ujemnych wyników leczenia swoistego w wiądzie zrażać nas nie powinien.

Gdybyśmy mieli dane, umożliwiające wczesne rozpoznanie wiądu u kiłowych w okresie, w którym istota nerwowa ulega powolnej zmianie czynnościowej, a do zmian anatomicznych jeszcze nie przyszło, to możnaby przyjąć, że leczenie swoiste da wynik dodatni, cierpienie w rozwoju wstrzyma. Być może, że badanie płynu mózgowo rdzeniowego metodą Widala przy podejrzanych objawach nerwowych będzie ważnym czynnikiem rozpoznawczym, wskazówki lecznicze ustali. Pesymistyczne zapatrywanie zwolenników Leydena, odrzucających leczenie swoiste, jako szkodliwe, polega na próbach leczniczych w wiądzie, już znacznie rozwiniętym.

Mam w mych zapiskach 75 przypadków wiądu, w których, oprócz znamiennych objawów początkowych, górowało ogólne zdenerwowanie, wrażliwość tak wzmożona, że, jak sami chorzy się wyrażali, drobne, nic nie znaczące bodźce zewnętrzne, już ich z równowagi wyprowadzały. Inna grupa chorych uderzała zmianą usposobienia; dawniej wesołych, czynnych, towarzyskich, opanowywała apatya, przygnębienie. W przypadkach tych przeprowadzałem leczenie swoiste, zastosowane do indywidualności, mniej lub więcej energiczne, przy równoczesnem użyciu krótkotrwałych 26—27° R nie przenoszących kąpieli siarczanych; podczas leczenia ujemnych objawów nie zauważyłem, a w następnym roku stwierdziłem, że ogólne zdenerwowanie mijało, a w poszczególnych objawach stwierdziłem, jeżeli nie zmniejszenie nasilenia, to brak ich dalszego rozwoju (progresyi), odnosząc wrażenie, że cierpienie nie postępuje, że w swym niszczącym pochodzie wstrzymane zostało. W 30 przypadkach tej grupy od szeregu lat objawy się nie wzmogły; resztę z oczu straciłem.

Sądzę, że w celach zapobiegawczych należy nie poprzestawać na dokładnem leczeniu kiły w pierwszych trzech latach po zakażeniu, ale opiekę lekarską po tym trzyletnim okresie nad chorymi nadal rozciągnąć, szczególniejszą baczność skierować na nerwowo obciążonych, zwrócić uwagę na higienę życia i stanowczo żądać, by w razie jakichkolwiek objawów nerwowych, choćby tylko przemijających, zgłaszali się do lekarza. Być może, że przedstawienie groźnych następstw zwiększy szeregi »tabofobów«, nie spotka nas jednakże zarzut, żeśmy chorych o skutkach zaniedbania nie pouczyli.

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Ciąg dalszy.)

W badaniach moich nie mogłem stwierdzić spostrzeżenia Schreibera, że większe ilości białka występują wrzekomo przeważnie u osób, ponad 30 lat liczących. Nieznaczny naprzykład białkomocz (< 0,033‰) znajdowałem u kobiet w 41. (L. 12 w tabl. 1), 48. (L. 25) i 40. (L. 35 i 36) roku życia. Odwrotnie zaś, znaczny białkomocz (3,3‰) wykrywałem u 25-letniej (L. 8), średni — (0,165‰) u 30-letniej osoby (L. 37). Nie spostrzegałem więc zależności pomiędzy wiekiem, a stopniem białkomoczu uciskowego.

Skądże więc pochodzi tak znaczna różnica w ilości białka po uciskaniu nerki? Przypuszczam, że główną rolę odgrywa tu zdrowy lub chorobowy stan samejże nerki.

Zdrowa nerka wydziela nieznaczną ilość białka, chora zaś może dać znaczny białkomocz. Twierdzenie to znajduje poparcie w danych klinicznych, jakoteż w zmianach składu moczu, jakie znajdowałem w badanych przypadkach przy średnim i znacznym białkomoczu uciskowym. Przy badaniu zmian osadu moczowego wrócimy jeszcze do tej ważnej, z punktu widzenia rozpoznawczego, sprawy.

Fakt więc stałości białkomoczu uciskowego możemy uważać za dowiedziony, ponieważ ucisk stale wywoływał zjawianie się lub zwiększanie białka w moczu. Jakie znaczenie dla kliniki mieć może powyższe spostrzeżenie?

Białkomocz w następstwie uciskania nerki może rozstrzygać rzecz: 1) przy rozpoznawaniu nowotworów w jamie brzusznej i 2) przy rozpoznawaniu poszczególnych postaci cierpień nerkowych. Co do rozpoznawania guzów w jamie brzusznej, to na to zwrócił uwagę Schreiber. Uciskając guz i śledząc, czy po tem występuje (lub zwiększa się) białkomocz, w przeważnej liczbie przypadków możemy rozstrzygnąć pytanie, czy dany guz jest nerką, lub nie. Przypadków takich przytoczyłem w tablicach 5 (L. 9, 10, 13, 17 i 20); z tych w 4 (L. 9, 10, 17 i 20) otrzymałem wynik dodatni, w jednym zaś (L. 13) ujemny. Z 4 przypadków o wyniku dodatnim w jednym (L. 20), w którym po obmacywaniu guza stwierdziliśmy znaczne zwiększenie białkomoczu (od 0,33‰ — 4‰), dr M. Czeremuchin wykonał operacyę, przyczem okazało się, że guz był rzeczywiście nerką, chorobliwie zmienioną przez sprawę gruźliczą.

Przypadek, w którym badanie dało wyniki ujemne (L. 13), jest tak ciekawy z klinicznego punktu widzenia, że pozwalam sobie przytoczyć historyę choroby.

I. Chora J. Sz., 38-letnia, zgłosiła się 1. II. 1906 r. do terapeutycznego oddziału kliniki szpitalnej w Kijowie z objawami znacznego osłabienia. Choruje od miesiąca; w ciągu tego czasu zauważyła gorączkę, znaczne osłabienie i zupełny brak łaknienia.

Ciepłota 38·5 C., odżywienie nieco upośledzone. Obrzęk nóg do kolan. W płucach: stłumienie odgłosu opukowego w obu szczytach, wydech wzmożony, drobnobańkowe, bezdźwięczne rzężenia. Lewa granica serca o 1 palec nazewnątrz od linii sutkowej lewej, nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Brzuch silnie wzdęty. W jamie brzusznej z prawej strony czuć można niebolesny, ruchomy przy oddechu, twardy guz, dość znacznej wielkości (dolny brzeg na wysokości pępka, wewnętrzny dosięga środkowej linii ciała, górny zaś mieści się w podżebrzu). Przy uciskaniu jedną ręką na okolicę nerkową, drugą zaś od strony jamy brzusznej, guz porusza się, w okolicy jego odgłos opukowy stłumiony z odcieniem bębenkowym. Górny brzeg wątroby w linii sutkowej prawej na wysokości 6-go żebra. Rozdymania okrężnicy zaniechano ze względu na ciężki stan chorej. Krew: Hmglb. 50 prc., krwinek czerwonych 1,125.000, białych — 1500 (stosunek 1:750). W moczu: 0·5‰ białka, w osadzie: 10—15 białych krwinek w polu widzenia, pojedyncze czerwone krwinki i wałeczki ziarniste. Plwocina nie zawiera laseczników gruźliczych.

Ponieważ guz był przy uciskaniu okolicy nerkowej ruchomy i ponieważ stwierdzono w jego okolicy przydźwięk bębenkowy, można było przypuszczać, że jest to nerka.

5. II. dokonałem badania moczu przed i po uciskaniu nerki, przyczem ilość białka (0·25‰) nie zmieniała się (patrz L. 13).

6. II. Powtórzyłem badanie, z tym samym jednak wynikiem. Ujemny wynik powtórnego badania przemawiał przeciwko przypuszczeniu, że dany guz jest nerką; jednak możliwe było także, iż prawa nerka nie wydziela zupełnie moczu.

10. II. Zapomocą cystoskopii (dr S. J. Ratner), stwierdzono, że prawy moczowód wydziela mocz. Wobec takich wyników cystoskopii 15. II. zbadałem raz jeszcze mocz przed i po uciskaniu guza, lecz ilość białka i tym razem pozostała niezmieniona (0·5‰). Zmuszony więc byłem przypuścić, iż guz nie jest nerką, 27. II—29. II., kiedy brzuch u chorej znacznie opadł, udało mi się wyraźnie wyczuć twardy, dość ostry wewnętrzny brzeg guza i wprowadzić poden końce palców. Było to dowodem, że guz jest prawdopodobnie prawą, wydłużoną częścią wątroby, czyli t. zw. »wątrobą przewężoną«. Oprócz tego, wprowadzając palce pod dolny brzeg wątroby, zdołałem wyczuć zaokrąglony odcinek prawej nerki, który, chociaż dostępny w niewielkiej tylko swojej części, po uciskaniu dał znaczne wzmożenie się białkomoczu od 0·33‰ do 1·32‰.

Co do znaczenia białkomoczu uciskowego dla rozpoznawania poszczególnych postaci chorób nerkowych, to może on i tutaj oddać znaczne usługi. A więc: o ile wymacamy guz, który ze względu na wyniki innych sposobów badania uznamy za nerkę, to wystąpienie lub niewystąpienie białkomoczu uciskowego rozstrzyga, czy ta nerka wydziela mocz, czy też nie. Brak białkomoczu po uciskaniu nerki wskazuje, że albo moczowód jest niedrożny, lub też, że tkanka danej nerki uległa zupełnemu zwyrodnieniu. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia.

Prof. Neisser. **O leczeniu wiewióra miejscowem i wewnętrznem.** (*Mediz. Klinik* 1907, 14). Wychodząc z założenia, że wiewiór jest chorobą zakaźną, wywołaną przez mikroby, twierdzi N., iż ta metoda musi mieć największe znaczenie i zastosowanie w leczeniu, która dąży do jak najszybszego i najpewniejszego niszczenia dwoinek, a zatem stosowanie leczenia miejscowego. Wstrzykiwania zwyczajne, wykonywane przez samego chorego lub przez lekarza sposobem Janeta, nie są zdaniem N. nigdy przyczyną występowania powikłań, które powstają skutkiem ubocznych szkodliwych czynników, szczególnie przez nieodpowiednie zachowanie się chorego, niezależnie od techniki wstrzykiwań. N. przemawia za wstrzykiwaniami przedłużonemi, które radzi rozdzielać na 2—3, wykonane bezpośrednio po sobie z przetrzymywaniem płynu po 10—15 minut; zaleca jednak dokładne pouczenie chorego o sposobie wstrzykiwań. To leczenie miejscowe rozpoczyna N. nawet w okresie ostrym, zalecając wtedy jedno wstrzykiwanie na dzień, wykonane przez lekarza 3 prc. rozczynem protargolu w 5 prc. rozczynie antypiryny, a 3 wstrzykiwania, wykonane przez samego chorego — ¼ prc. rozczynem protargolu w 3 prc. rozczynie antypiryny. — Na pytanie, czy nie możnaby zastąpić leczenia miejscowego stosowaniem środków wewnętrznych, w ostatnich czasach zalecanych, odpowiada N. przecząco. Nie zaprzecza jednak, że działają one łagodząco, a nawet zmniejszają wydzielinę, nie wpływając jednak na ilość dwoinek i ich żywotność. Ze środków wewnętrznych, których wpływ badano w klinice wrocławskiej, odpowiada gonosan wskazanym wymogom, gdyż zmniejsza bardzo wybitnie bole, nawet w chwilach zajęcia szyi pęcherza, powstrzymuje przejście sprawy chorobowej na tylną część cewki i nie wywołuje zaburzeń żołądkowo-jelitowych, jak środki balsamiczne. A polecając stosowanie gonosanu, jako bardzo skutecznego środka pomocniczego w leczeniu wiewióra, wskazuje N. na szkodliwość postępowania wedle reklam różnego rodzaju, które zachwalając różne podobne przetwory wewnętrzne, jako leczące w zupełności wiewióra, odwodzą chorych od koniecznego w tej chorobie leczenia miejscowego.

Prof. Krzysztalowicz.

Lion. **W sprawie poronnego leczenia wiewióra.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Kwiecień, 1907). Autor radzi stosować zawsze poronne leczenie wiewióra, jeżeli tylko są warunki po temu, a do tych należy głównie czas trwania choroby, który od zakażenia nie powinien wynosić więcej nad 4 dni (przypadki o długim okresie wylęgania nie nadają się do tego leczenia), a następnie usadowienie się sprawy tylko w przedniej części cewki. Do tej metody radzi L. stosować zawsze słabsze (np. ¾ prc.) rozczyny protargolu, stosowane zapomocą strzykawki Janeta z wysokości 1—1½ m. W pierwszych 2 dniach należy powtarzać ten zabieg do 2 razy dziennie, w następnych czterech tylko raz dziennie. W ten sposób osiąga się dobre rezultaty u 68 prc. leczonych, a unika się nieprzyjemnych następstw, jak trudno go-

jącego się nieżytu cewki, który się zdarza często po stosowaniu silniejszych rozczynów. *T. Włyński.*

Prof. Neisser. **Doświadczenia z przeciwgnilnem leczeniem wiewióra w praktyce.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Kwiecień, 1907). N. radzi zawsze od początku leczyć wiewióra, jako chorobę zakaźną, miejscowo wstrzykiwaniami przetworów srebrowych bez względu na powikłania. Leczenie wewnętrzne uważa tylko za środek pomocniczy. Główny nacisk kładzie na to, by przynajmniej po wieczornem wstrzyknięciu lek dłużej w cewce zatrzymywać i żeby używać coraz silniejszych rozczynów ze względu na łatwe przyzwyczajenie się błony śluzowej. Leczenie takie stosuje nawet, gdy istnieje zajęcie tylnej części cewki, pęcherza, gruczołu krokowego lub jąder, przyczem stosuje zarazem przepłukiwania Janeta lub wkraplania sposobem Guyona. W przypadkach przewlekłych radzi zawsze używać ostrzejszych przetworów srebrowych, w ostrych — organicznych połączeń srebra. Wbrew innym autorom uważa N. zajęcie przewlekłe gruczołu krokowego za wyleczalne. *T. Włyński.*

Stern. **O świeżem zakażeniu kiłowem u obciążonych kiłą dziedziczną i o ponownem zakażeniu wogóle.** (*Derm. Zeitschr.* Z. 4, T. XIV, 1907). W przypadku autora, dotyczącym 28-letniego mężczyzny, były niewątpliwe objawy kiły późnej odziedziczonej lub nabytej w pierwszych latach życia. Obok blizn na skroni lewej i czole i kilku otworów w podniebieniu miękkiem były liczne owrzodzenia na twarzy, kończynach i tułowiu, mające wybitne cechy kiły późnej trzeciorzędnej. W okolicy pachwinowej po obu stronach znajdowały się rany po ropniach, poczęści jeszcze otwarte, poczęści już gojące się. Na prąciu w okolicy wędzidełka znajdował się wrzód nieco wyniosły i nacieklý, przechodzący w okres gojenia się, zaś na skórze tułowia i kończyn była wybitnie świeża wysypka guzkowo-plamista. W soku wyciśniętym z owrzodzenia na prąciu, znalazł S. przy badaniu drobnowidowem liczne krętki blade. — W przypadku tym nastąpiło więc powtórne zakażenie, objawiające się wybitnemi zmianami kiły świeżej. Na podstawie własnych spostrzeżeń i licznych opisów podobnych przypadków, podanych w piśmiennictwie, odróżnia S. trzy rodzaje ponownego zakażenia. Pierwszym z nich jest zakażenie wtórne, które może nastąpić w stosunkowo krótkim czasie, bo w kilka lat po pierwszem zakażeniu; opisywano nawet przypadki, gdzie zakażenie powtórne nastąpiło w trzy miesiące po ukończeniu leczenia pierwszej kiły. Ten rodzaj zakażenia należy uważać za zakażenie dodatkowe (*superinfectio* według badań doświadczalnych), przy którem mogą się objawiać następstwa pierwszego zakażenia. Drugi rodzaj stanowi ponowne zakażenie w okresie kiły trzeciorzędnej, w którym jednak wrzód pierwotny nie powstaje, lecz ustrój oddziaływa tylko wytworzeniem się kilaka w miejscu zakażenia wtórnego. Wreszcie zakażeniem wtórnem w ściślejszem słowa tego znaczeniu jest zakażenie, następujące w czasie, w którym ustrój zupełnie się jadu kiłowego pozbył, a wywołujące wszystkie objawy kiły świeżej. *Stopczański.*

Oppenheim. **W sprawie leczenia chorób skórnych i wenerycznych zastoiną Biera.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 19). Próby stosowania zastoiny Biera w celu leczenia chorób skórnych i wenerycznych doprowadziły na klinice Fingera do następujących wyników: Zastoina nie ma żadnego korzystnego wpływu na porost włosów; nie działa też wcale w chorobach skórnych. Dobre wyniki daje w leczeniu wrzodów goleni nie na tle żylaków, lecz na tle przymiotowem lub innem. Korzystnie działa także zastoina przy wiewiórowem zajęciu najądrza, łagodzi mianowicie bolesność. Ostrego wiewióra zastoiną leczyć nie można i nic ona tu nie pomaga. Znakomite wprost wyniki daje zastoina przy wiewiórowem zajęciu stawów. Korzystnie też działa zastoina przy zapaleniu gruczołów pachwinowych na tle wenerycznem, przyczem często uniknąć można nacięć (ssawki Klappa). Zastoina łagodzi znacznie przymiotowe bole nocne. *Klęsk.*

Krösing. **Kwas karbolowy w leczeniu chorób skórnych.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.* Kwiecień, 1907). K. poleca za Vörnerem stosować w czyrakach 20—50 prc. spirytusowe rozczyny kwasu karbolowego. Do tego nadają się najlepiej mniejsze czyraki, które trzeba pojedynczo pędzlować, ochraniając zdrową skórę, o ile tylko sprawa się nie rozszerza; w razie przeciwnym należy pędzlować i miejsca niezajęte. Jednorazowe pędzlowanie wystarcza zupełnie, lecz nawet po 12-krotnem zastosowaniu na rozległej przestrzeni nie zauważył K. nigdy objawów zatrucia kwasem karbolowym. Przytem należy leczyć jednocześnie i inne towarzyszące zmiany, jak wyprysk i t. d. Na miejsca leczone najlepiej nakładać opatrunek, aby chory nie mógł się drapać i miejsc tych nie zmywać wodą, co wywołuje rozszerzanie się sprawy. W przypadkach większych czyraków najlepiej wstrzykiwać zapomocą strzykawki Pravatza 1—2 kropli w samo ognisko i jego okolicę z następowym okładem z $^1/_2$ prc. rozczynu kwasu salicylowego i 3 prc. kwasu borowego w spirytusie 50 prc. Bardzo dobre wyniki miał autor także w leczeniu figówki zwyczajnej i grzybkowej, jak również w liszajcu zwyczajnym, o ile liszajec nie zajmował twarzy, bo kwas karbolowy zostawia długotrwałe zaczerwienienie i plamy barwikowe. *T. Włyński.*

Kopp. **W sprawie przyrody i leczenia łuszczycy błon śluzowych.** (*Archiv f. Derm. und Syph.* Kwiecień, 1907 r.). K. stwierdził w 29 przypadkach łuszczycy błon śluzowych (*leukoplakia*) kiłę, w 3 tylko nie mógł jej dowieść, i to wtedy były zmiany na częściach rodnych, a nie w jamie ustnej. Ponieważ w wielkim odsetku na miejscu łuszczycą zajętem rozwija się następowo rak, radzi więc K. łuszczycę zawsze energicznie leczyć, a gdy wystąpią przeczosy i owrzodzenia, badać histologicznie, by módz dość wcześnie jeszcze wykonać zabieg operacyjny. Głównym czynnikiem leczniczym jest w łuszczycy według autora zupełne powstrzymanie się od palenia tytoniu i czyste utrzymywanie jamy ustnej. Ze zwykle używanych leków nie radzi K. stosować azotanu srebra i częstej galwano- czy termokaustyki ze względu na łatwiejsze powstawanie raka w tych wypadkach. Po leczeniu rtęciowem nie widział K. żadnej poprawy, radzi jednak, jak Levy i Bings w przypadkach dowiedzionej kiły leczenie wstrzykiwaniami nierozpuszczalnych przetworów rtęci po 6 naraz z przerwami 4-tygodniowemi przez 1—3 lat. To postępowanie jeżeli nie leczy samej choroby, to zapobiega przynajmniej powstawaniu raka. Po jodzie sprawa chorobowa zwykle się pogarsza. *T. Włyński.*

Okulistyka.

Lemaire i Villemonte. **Alypina i jej zastosowanie w okulistyce.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 2). Porównawcze badania kliniczne $2^1/_2$ prc. rozczynu alypiny i takiegoż rozczynu kokainy doprowadziły autorów do wniosku, że alypina może być w okulistyce w pewnych przypadkach pożyteczną z tego powodu, że nie zwęża naczyń i nie działa na źrenicę, ani na akomodacyę, natomiast jej siła znieczulająca zdaje się być nieco mniejszą, niż kokainy. Rozczyny alypiny, z początku obojętne, z biegiem czasu trochę kwaśnieją. Seeligsohn utrzymuje, że takie kwaśne rozczyny drażnią tylko oko, nie wywołują zaś wcale znieczulenia. Doświadczenia autorów nie potwierdziły tej ujemnej własności alypiny. Ostatecznie oświadczają się jednak autorowie przeciw zastąpieniu kokainy alypiną. *K. W. Majewski.*

Casey A. Wood. **O niektórych objawach, wspólnych chorobom oczu, jamy nosa i zatok bocznych.** (*Ophthalmology* T. III, 1907, Nr 2). Trzy głównie objawy mogą budzić wątpliwości, czy są pochodzenia ocznego, czy nosowego, w szczególności, czy nie zależą od zmian w zatokach bocznych: Pewne bole głowy, uczucie zawrotu i łzawienie. W każdym takim przypadku należy zbadać równie dokładnie jamę nosa, jak i narząd wzroku. Tylko w takim razie można stanowczo określić wskazania lecznicze. Z tego względu zarówno okulista powinien być dokładnie obeznany ze sposobami badania jamy nosa i jej zatok i powinien dość biegle władać rynoskopią, jak naodwrót rynologowi wielce przydać się może znajomość niektórych przynajmniej działów patologii ocznej. *K. W. Majewski.*

Snydacker. **Usunięcie i zaszycie worka spojówkowego, zajętego jaglicą, w oczodole pozbawionym gałki ocznej.** (*Ophthalmology* T. III, 1907, Nr 3). U pewnej chorej, której w dzieciństwie już wyłuszczono prawe oko, oślepłe wskutek urazu, rozwinęła się na spojówce, wyścielającej opustoszały oczodół, bardzo silna jaglica, która doprowadziła przez zbliznowacenie do takiego zmniejszenia się jamy oczodołowej, że chora musiała się wyrzec raz na zawsze noszenia oka sztucznego. Ale nadto wydzielina i łzawienie były tak znaczne, że wywołały uporczywy wyprysk na policzku. Gdy różne środki stale zawodziły, a operacya plastyczna przez wycięcie spojówki, dotkniętej jaglicą i zastąpienie jej w znacznej części zdrową błoną śluzową skończyła się jeszcze większą retrakcyą przeszczepionej błony i całej jamy, postanowił S., zwłaszcza ze względu na dokuczliwe, a nie dające się inaczej usunąć łzawienie, wykonać operacyę doszczętną. Wyciął całą spojówkę wraz z chrząstkami powiekowemi i gruczołem łzowym, odciął obydwa brzegi rzęsowe powiek, poczem zeszył powieki zupełnie. Wszystko zgoiło się doraźnie i płytka jama oczodołowa, pozbawiona zupełnie worka spojówkowego, pokryła się skórą powiek. Chora nie mogła

wprawdzie nadal nosić oka sztucznego, ale została za to ostatecznie uwolnioną od uporczywego łzawienia i wyprysku na twarzy. *K. W. Majewski.*

Villard. **Histologia patologiczna atropinowego zapalenia spojówki.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 1). Autor wyciął u pewnego chorego, który przez 2 lata używał atropiny z powodu sympatycznego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, skrawek spojówki z dolnego załamka z licznymi guziczkami, wywołanymi działaniem atropiny. Guzki te budową zbliżają się zupełnie do ziarn jagliczych, a różnią się znacznie od grudek (follikułów), do których jednak pod względem klinicznym bardziej są podobne. *K. W. Majewski.*

Ch. Kipp. **Przypadek torbieli w rogówce i przedniej komorze.** (*Ophthalmology* T. III, 1907, Nr 2). W 20 lat po zranieniu rogówki odpryskiem żelaza wystąpiły bole tak znaczne i uporczywe, że po bezowocnych próbach złagodzenia cierpień trzeba było oko wyłuszczyć. Badanie anatomiczne stwierdziło istnienie torbieli, zajmującej dolną część przedniej komory i połączonej z drugą, o wiele mniejszą jamką, znajdującą się w bliźnie rogówkowej. Obie torbiele wysłane były wewnątrz warstwą nabłonka, nie różniącego się niczem od nabłonka rogówkowego. Autor przypuszcza, że gdy po zranieniu wypadnięta tęczówka została odcięta, rana nie zamknęła się szczelnie, lecz pozostała jakaś włoskowata przetoka. Tą drogą wrósł następnie z biegiem czasu nabłonek do przedniej komory i wyścielił wnętrze opisanych torbieli. *K. W. Majewski.*

Van Duyse. **Brak tęczówki** (*anirydia*) **niezupełny.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 2). Autor zwraca uwagę, że chociaż klinicznie często stwierdzamy zupełny brak tęczówki, to jednak we wszystkich tych przypadkach, w których wykonano badanie mikroskopowe, znajdowano małe szczątkowe części tęczówki. Autor miał sposobność zbadać mikroskopowo gałki oczne 9-letniego chłopca, zmarłego na zapalenie jelit. Gołem okiem oglądając wyjęte oczy od zewnątrz, nie można było dojrzeć wcale tęczówki, a to z powodu szarej obrączki spojówkowej, zajmującej dość szeroko cały obwód rogówek (*embryotoxon*). Badanie jednak rozciętych gałek już makroskopowe, a tembardziej mikroskopowe, stwierdziło na całym obwodzie wązki nieregularny brzeżek w postaci strzępków szczątkowej tęczówki. W tych szczątkach tęczówki stwierdzono drobnowidowo zupełny brak zwieracza źrenicy. Podnieść należy także nieprawidłowy stan naczyń w przednim odcinku jagodówki, ściany ich mianowicie były szklisto zwyrodniałe. W tem prawdopodobnie leży przyczyna znanej skłonności oczu, dotkniętych brakiem tęczówki, do jaskry, która zazwyczaj ma przebieg jak najgorszy. *K. W. Majewski.*

Aubaret. **O ubytkach w polu widzenia, wywołanych przez zaćmienie słońca.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 2). W przeciwieństwie do innych autorów, którzy znajdowali w przypadkach takich bardzo znaczne zmiany na dnie oka, twierdzi A., że z reguły zmiany, jakie w przypadkach tego zboczenia (*scotoma helieclipticum*) w plamce żółtej występują, są bardzo niewyraźne i zaledwie dostrzegalne. Do wywołania zmian w siatkówce same promienie cieplne światła słonecznego nie wystarczają, oko bowiem broni się w chwilach olśnienia znacznem zwężeniem źrenicy, tak, że cieniutka tylko wiązka promieni dosięga siatkówki. A. przekonał się, że w takich warunkach silna soczewka, skupiająca w swem ognisku promienie słońca, nie może zapalić nawet łatwo palnego ciała. Toż samo i chemiczne promienie światła słonecznego nie przyczyniają się do wywołania *scotoma helieclipticum*, bo działanie ich jest powolne, natomiast skutek olśnienia jest, jak wiadomo, natychmiastowy. Wynika z tego, że zmiany, jakie występują przy wpatrywaniu się w słońce okiem nieochronionem, zależą jedynie i wyłącznie od nadmiernie silnego bodźca świetlnego, który autor określa jako uraz świetlny. *K. W. Majewski.*

Bednarski. **O ropowicy oczodołu przy ropieniu śródgałkowem pochodzenia wnętrznego.** (*Postęp okul.* 1906, Nr 9). B. zbadał anatomicznie pozagałkowy ropień, który wystąpił u 6-letniej dziewczynki jako przerzut po przebyciu odry. Przypadek ten objaśnia B. w sposób następujący: Po odrze przyszło do zapalenia przerzutowego gałki o charakterze ropnym, następnie drogą naczyń zapalenie udzieliło się torebce Tenona i tkance pozagałkowej, dając powód do powstania ropowicy oczodołu. Sprawa zapalna śródgałkowa zakończyła się zarośnięciem źrenicy. Sądząc z wywiadów, zapalenie to przebiegało bez znaczniejszych objawów odczynowych: *iritis torpida*. *K. W. Majewski.*

Cosmettatos. **Nabłoniak nagałkowy.** (*Arch. d'Opht.* 1906, Nr 7). U 45-letniej kobiety wyłuszczył autor gałkę oczną z powodu raka, wychodzącego z okolicy twardówkowo-rogówkowej i pokrywającego gałkę oczną w zupełności. Nowotwór zajął już znaczną część spojówki gałkowej, zniszczył nabłonek rogówki, błonę Bowmana i powierzchowne warstwy miąższu rogówkowego. Ten właśnie ostatni szczegół zasługuje na uwagę, gdyż zazwyczaj błona Bowmana najdłużej stawia opór nacieczeniu nowotworowemu. Najczęściej wnika ono w głąb gałki w okolicy rąbka rogówkowo-twardówkowego drogą przestworów żylnych i limfatycznych. *K. W. Majewski.*

Prof. Wicherkiewicz. **Nieprawidłowy do gałki przyczep mięśnia prostego wewnętrznego.** (*Postęp okul.* 1906, Nr 10). Przeszywając mięsień prosty wewnętrzny ku przodowi z powodu znacznego zeza rozbieżnego u 19-letniego młodzieńca zauważył W. nieprawidłowość anatomiczną, polegającą na rozszczepieniu ścięgna mięśniowego na dwa ramiona, rozdzielone trójkątną przestrzenią wolną. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na rzadką nieprawidłowość, o której nie ma wzmianki nawet w tak wielkiem dziele, jak zbiorowa praca Graefego-Saemischa. Testut w swym »*Traité d'anatomie humaine*« wspomina o podobnem spostrzeżeniu Curnowa. *K. W. Majewski.*

Chaillons. **Stan mięśni ocznych zewnętrznych u dotkniętych organicznem porażeniem połowiczem.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 9). Mięśnie parzyste, kurczące się równocześnie i synergicznie, jak mięśnie górnej części twarzy, mięśnie brzucha, klatki piersiowej, krtani, a także mięśnie oczne zewnętrzne nie bywają z reguły porażone w przypadkach organicznego porażenia połowiczego. W ostatnich czasach stwierdzono jednak w takich przypadkach w tych mięśniach przecież niekiedy osłabienie siły skurczu. Co do mięśni ocznych zewnętrznych stwierdzili to Wilson, Miralli i Desclaux. Autor badał również w 11 przypadkach porażenia połowiczego sprawność mięśni ocznych zapomocą pryzmatów i stwierdził osłabienie siły skurczu, występujące zazwyczaj na obu oczach, ale w wyższym stopniu po stronie porażonej. *Doc. K. W. Majewski.*

Cabannes i Lafon. **Gruczolak, wychodzący z gruczołów Meiboma.** (*Ann. d'Opht.* 7, 1906). W guzku wielkości ziarna pszenicy, wyciętym z powieki dolnej u 69-letniej kobiety, stwierdzono histologicznie typowe utkanie gruczolaka. Gruczolaki, wychodzące z gruczołów Meiboma, rozwijają się bez żadnych objawów zapalnych i mogą dosięgnąć wielkości orzecha laskowego, jak w przypadkach Salzmanna i Bocka. Miewają one zbitość chrząstkowatą i są ostro ograniczone. Niekiedy wytwarzają się w ich miąższu przestwory torbielowate, a wówczas przy nacięciu zachowuje się gruczolak podobnie, jak gradówka. Odróżnienie gruczolaka od innych nowotworów łagodnych lub złośliwych, wychodzących z chrząstki powiekowej, bywa nieraz, szczególnie w początkowych okresach, bardzo trudne. *K. W. Majewski.*

Ginestous. **Wzrok strzelców.** (*Archiv. d'Opht.* 1906. Nr 5). Już Seggel dowiódł, że prawidłowa bystrość wzroku nie jest bynajmniej koniecznym warunkiem celności w strzelaniu i że wszyscy znakomici strzelcy są ostrowidzami. Autorowie podają na poparcie tego nowe szeregi spostrzeżeń. To napozór paradoksalne zjawisko tłómaczy się tem, że nawet strzelec, obdarzony prawidłowym wzrokiem, nastawia oko na muszkę, t. j. na koniec lufy, a temsamem celu nie może widzieć inaczej, jak tylko w zatartych zarysach. Jest zatem rzeczą obojętną, czy to niewyraźne widzenie przedmiotu, do którego się celuje, zależy od nastawienia akomodacyi na muszkę, czy od innych przyczyn, jak krótkowidztwo, astygmatyzm, plamki rogówkowe etc. Warunkiem celności jest bystrość wzroku, pozwalająca na wyraźne widzenie muszki. Ztąd to między wybornymi strzelcami znajdują się i tacy, których bystrość wzroku równa się $^1/_6$, a nawet $^1/_{10}$ bystrości prawidłowej. *Doc. K. W. Majewski.*

Cabannes i Villemonte. **Łzawienie, a zapalenie jamy szczękowej.** (*Annal. d'ocul.* 1906. Nr 12). C. i V. opisują dwa przypadki łzawienia, towarzyszącego ropniakowi jamy Highmora. W jednym przypadku łzawienie ustąpiło po dwukrotnem nakłuciu jamy szczękowej i wypuszczeniu z niej ropy, w drugim po wyjęciu zepsutych zębów, przez co również wypuszczono ropę z jamy Highmora. Łzawienie w takich przypadkach występuje nagle i znamionuje się tem, że łzy nie spływają po twarzy, tylko oko napełnia się niemi, poczem spływają one przez przewód do nosa i wywołują potrzebę użycia chustki. Objaw ten najsilniej występuje rano po obudzeniu się. Punkciki łzowe, woreczek i przewód nosowołzowy zmian nie okazują i wstrzyknięty płyn z łatwością przepuszczają, widocznie zatem łzawienie zależy od wzmożonego wydzielania. Zwiększenie wydzielania łez przy zapaleniu jamy szczękowej można uważać za objaw odruchowy,

zarówno bowiem oko, jak jama szczękowa zaopatrzone są przez gałązki nerwu trójdzielnego. Można też tłómaczyć je poprostu blizkiem sąsiedztwem dość dużego zbiornika ropy. Nakoniec pewną rolę może tu odgrywać również oboczne obrzmienie ścian przewodu nosowołzowego, utrudniające w pewnym stopniu odpływ łez do nosa. *Doc. K. W. Majewski.*

Collomb i Doret. **Urazowe zwichnięcie oczodołowego gruczołu łzowego.** (*Ann. d'ocul.* 1906. Nr 11). U 15-letniego chłopca, który upadł z wysokości 3 metrów na ostre kamienie i rozciął sobie górną powiekę prawego oka, wypadł przez ranę gruczoł łzowy. Po starannem oczyszczeniu z piasku i ziemi i opłukaniu słabym rozczynem sublimatu odprowadzono wypadnięty gruczoł aż do zagłębienia kostnego za górnym brzegiem oczodołu i ranę zeszyto. C. i D. oświadczają się stanowczo za odprowadzeniem, a przeciw wyłuszczaniu zwichniętego gruczołu. Jedynym powodem, któryby mógł usprawiedliwić wycięcie, mogłoby być zapalenie ropne. *Doc. K. W. Majewski.*

XXXVI. Zjazd Chirurgów niemieckich w Berlinie.

(Sprawozdanie »Przeglądu lekarskiego«).

Napisał **Dr Radliński.**

(Ciąg dalszy, por. Nr 21.)

Karewski (Berlin). **O promienicy płuc.** K. odróżnia postaci pierwotne, szerzące się z sąsiedztwa i przerzutowe; do zabiegu operacyjnego nadają się tylko pierwsze; leczenie zachowawcze nie rokuje żadnego powodzenia; leczenie chirurgiczne ma dotychczas rokowanie bardzo ciężkie. Z 4 przypadków, operowanych przez K., zmarło 3 chorych. Przypuszczenie promienicy powinny budzić przewlekłe sprawy dolnego płatu bez prątków Kocha i włókien elastycznych w plwocinie. Upewnia rozpoznanie znalezienie grudek grzybków promieniczych. K. zaleca torowanie sobie bardzo szerokiego dostępu, resekcyę płatów zajętych, zupełnie otwarte traktowanie rany tamponadą.

Gluck (Berlin) przytacza swoje operacye płuc z powodu ropni, ciał obcych i jedną pomyślnie zakończoną resekcyę całego płatu z powodu rozszerzeń oskrzelowych; zwraca uwagę na możliwość oddychania przez przetoki płucne i zaleca przy uciskających tchawicę nowotworach śródpiersia zakładać przetoki płucne (*pneumostomia*).

W dyskusyi Garré (Wrocław) zaleca niedopuszczanie przypadków ostrych do okresu przewlekłego, ponieważ zabieg się utrudnia i rokowanie pogarsza. W początkach rozszerzeń oskrzelowych można liczyć na wyleczenie przez uwolnienie płuca ze zrostów ze ścianą klatki piersiowej; czasem dla zapobieżenia ponownemu rozszerzeniu, umocowuje płat płuca szwami w stanie zapadniętym w zatoce śródpiersiowo-przeponowej (*sinus mediastino-phrenicus*).

Lenhartz (Hamburg) operował w ostatnich latach z górą 100 przypadków płucnych. Rozszerzenia oskrzelowe, operowane w stanie niezadawnionym, dają się wyleczyć trwale nawet za pomocą tylko rozległej resekcyi żeber. W okresach późnych to niewystarcza, trzeba ropnie poszczególne otwierać lub nawet usuwać zupełnie części płatów; są to już zabiegi bardzo ciężkie. Przy nowotworach płuc dla rozpoznania znamienne mają być kulki z ziarenek tłuszczowych (tłuszczowo zwyrodniałe komórki nowotworu), znajdowane w plwocinie lub wydobyte przez nakłucie próbne. Bardzo pomocną jest rentgenografia. L. operował 4 przypadki; wyzdrowienie raz jeden. O komorze pneumatycznej Sauerbrucha nie wypowiada L. zdania stanowczego ani za, ani przeciw; jest zwolennikiem operacyi dwuczasowej. Zwraca uwagę na groźne zapady, powstające po zetknięciu opłucnej płuc z żegadłem Paquelina.

Küttner (Marburg) zaleca przyrząd do operowania w ciśnieniu dodatniem przez tchawicę sposobem Brauera; ostrzega przed sprawami aspiracyjnemi w czasie i po zabiegach z powodu rozszerzeń oskrzelowych; dla zapobieżenia im usiłuje opróżnić jamy z ropy przed operacyą zapomocą ułożenia chorego na czas dłuższy na boku zdrowym.

Körte (Berlin) operował 57 przypadków. Po operacyach z powodu spraw ostrych uzyskał 65% wyzdrowień, natomiast na 12 operacyi z powodu jam oskrzelowych tylko 2. Rentgenografia daje cienie nietylko na miejscach ropni, ale również na miejscach otaczających je i rozmaicie daleko zachodzących nacieków, co utrudnia rozpoznanie siedziby ropni. K. zaznacza trudność znalezienia ropnia, o ile warstwa tkanki płucnej pokrywającej go przenosi grubość palca. W razie nieznalezienia ogniska ranę tamponuje (gaza nasycona balsamem peruwiańskim) i często uzyskuje samorodne pęknięcie ropnia do kanału operacyjnego. Zaleca unikać przy zabiegach na płucach uśpienia ogólnego, ponieważ ono może wywoływać zachłystywanie się. Komory pneumatycznej Sauerbrucha K. nie stosował i nie odczuwa jej konieczności; nie przypuszcza, by metoda Brauera mogła nie być przeszkodą dla operującego.

Wendel (Magdeburg) zaznacza pożyteczność przyrządów Sauerbrucha i Brauera przy wewnątrzpiersiowych operacyach na przełyku; operował 2 przypadki, jeden okazał się nienadającym się do operacyi, drugi chory zginął z powodu krwotoku. W. stwierdza, że dwustronne przecięcie nerwu błędnego w części brzusznej nie wywiera wpływu na serce.

Schlange (Hannower) przy groźnym krwotoku z jamy gruźliczej płuca resekował 3. żebro, otworzył jamę i wytamponował ją gazą jodoformową.

Friedrich (Gryfia) uważa sprawę komory Sauerbrucha za nierozstrzygniętą. Za ważną jej dobrą stronę uważa wysysanie ku zewnątrz płynącej w czasie operacyi ku oskrzelom krwi i ropy. Przetoka oddechowa Glucka ma tę złą stronę, że uniemożliwia odkrztuszanie wydzieliny płucnej.

Trzeci z tematów głównych obrad Zjazdu referował Bardenheuer (Kolonia), mówiąc **o leczeniu niekrwawem złamań kości udowej.** Za pierwszorzędnej wagi czynnik uważa on dokładne wyrównanie zboczeń anatomicznych, powstałych przy złamaniu. Wyrównanie to osiąga całym systemem wyciągów w rozmaitych w każdym przypadku kierunkach. Ciężary stosuje do wyciągów bardzo znaczne, nierzadko do 25, a nawet 35 klgr. Co prawda, nie używa urządzeń, zmniejszających tarcie. Przy ustawianiu odłamków pod kątem, otwartym ku wewnątrz, — wyciąg wzdłuż osi uda i wyciąg poprzeczny na miejscu złamania z odpowiednim przeciwwyciągiem; przy kącie, otwartym ku tyłowi, — wyciąg, oprócz osiowego, ku tyłowi, poprzez otwór w materacu. B. nie wierzy w to, by mogły być dobre wyniki czynnościowe bez dobrego wyniku anatomicznego; naruszenie statyki źle oddziaływa na stawy. B. ostrzega przed zbyt wczesnem używaniem zrośniętej kończyny. Do roku kostnina jest podatną i mogą wtórnie powstawać skrócenia, szczególnie przy zrośnięciach pod kątem, otwartym ku wewnątrz. B. nie pozwala chorym wstawać przed upływem 3 miesięcy. Ruchy bierne i miesienie rozpoczyna w łóżku. Swoim sposobem w ciągu ostatnich 2 lat leczył 179 przypadków; z nich 159 uleczono bez skrócenia uda. Szczególne trudności sprawia leczenie złamań szyjki kości udowej. Bonnet trafnie podaje 14 odmian przebiegu linii złamania, zmuszających do indywidualizowania kierunków wyciągu. Unikać trzeba silnych wyciągów poprzecznych, ponieważ mogą one przez ucisk wzdłuż szyjki wywołać łatwo powstający zanik szyjki.

König (Altona) referował **o operacyjnem leczeniu złamań kości udowej.** Złamania trzonu nadają się do leczenia bezkrwawego, natomiast złamania szyjki często wymagają krwawego zestawienia odłamków i szwu kostnego. Dowodzą tego często powstające stawy rzekome po pozornie udatnem wyleczeniu. Przyczyna leży we wsunięciu się płatów torebki między odłamki i w małej wogóle skłonności do wytwarzania się w tem miejscu obfitszej kostniny; nawet w przypadkach wklinowania może nie powstać zrost kostny. K. opisuje preparat, uzyskany przy sekcyi osobnika, który przypadkowo zmarł w 3 miesiące po zeszyciu złamanej szyjki. Od przodu na miejscu szwu był zrost kostny, od tyłu, gdzie szwu kostnego nie było, połączenie bliznowate. Przy operacyi dochodzi K. do złamania szyjki od przodu, odsunąwszy na bok mięsień najdłuższy uda (*sartorius*), pomiędzy mięśniem prostym i biodrowo-lędźwiowym (*iliopsoas*). Do szwu używa K. drutu z bronzu aluminiowego. Oprócz złamań szyjki uważa za nadające się do leczenia operacyjnego odosobnione złamania krętarza wielkiego, złamania podkrętarzowe z przebiegiem linii złamania skośnie z góry i wewnątrz na dół i na zewnątrz, i te rzadkie postacie odłamania dolnej nasady (*epiphysiolysis femoris inf.*), gdzie nasada przesunęła się ku przodowi.

W dyskusyi Rausch (Schöneberg-Berlin) zaznacza, że przesunięcia się odłamków czasem nie można wyrównać zapomocą wyciągu, ponieważ chorzy nie znoszą większych ciężarów. Dla tych przypadków zaleca R. szew kostny, z którego wykonaniem nie należy zwlekać.

Lauenstein (Hamburg) doradza ścisłe trzymanie się przepisów Bardenheuera; chorych ze złamaniem uda trzyma w łóżku co najmniej 8 tygodni dla uniknięcia skróceń wtórnych.

Sprengel (Brunszwik) pomawia Bardenheuera o fanatyzm. Przecież same przez B. pokazywane fotografie nasuwają wątpliwości, czy wyleczenie takie można nazwać wyleczeniem bez zarzutu. Postępowaniu B. zarzuca S. niewykonalność w praktyce prywatnej i krytykuje niestosowanie urządzeń do zmniejszenia tarcia, co zmusza do używania do wyciągu nadmiernych ciężarów. (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 26. lutego 1907 r.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek **tężyczki** u 18-letniego chłopca, ucznia siodlarskiego. Prelegent podnosi fakt wahania się w natężeniu objawów tężyczki u danego chorego, podkreśla zawód, któremu chory się oddaje i wypowiada zdanie, że najprawdopodobniejszą jest teorya zakaźnego pochodzenia tężyczki. Swoiste drobnoustroje tężyczki znajdują się zapewne na skórze zdechłych lub zabitych zwierząt (ogromna częstość tężyczki wśród szewców, siodlarzy, garbarzy), a wahania w nasileniu choroby odpowiadają nagromadzaniu się swoistych toksyn we krwi.

2) Pręgowski wygłosił rzecz p. t. **Sprawozdanie ze stosowania leczenia termoforowego w przypadkach gruźlicy miejscowej.** Spostrzeżenia mówcy dotyczą 18 przypadków; w 7 (gruźlica palców *[spina ventosa]*, kręgów, krtani, toczeń) nie można orzec nic stanowczego w żadnym kierunku; w dwóch przypadkach gruźlicy płuc — kilkotygodniowe stosowanie termoforów na okolicę zajętą nie wywołało żadnej poprawy. W 4 przypadkach (gruźlica kości stopy i dłoni) po stosowaniu termoforów sprawa się wygoiła, chociaż poprzednie leczenie innymi sposobami było bezskuteczne. Pozostałych 8 chorych (gruźlica kręgosłupa, palców, krtani, stawu biodrowego, gruczołów chłonnych, nerki) — zostało, jak podaje prelegent, zupełnie wyleczonych ze sprawy swoistej.

3) Świątecki Jan z okazyi budowy dwóch mostów na Wiśle pod Warszawą podaje swe spostrzeżenia **o chorobach kesonowych.** Opisawszy w ogólnych zarysach keson i roboty kesonowe, omawia mowca fizyologiczne działanie ścieśnionego powietrza na ustrój zwierzęcy. Pobyt w atmosferze stale zwiększonego ciśnienia barometrycznego wiedzie do następujących zmian we krwi: ilość erytrocytów, jak również hemoglobiny się zmniejsza, natomiast wzrasta ilość leukocytów. Choroby kesonowe w ścisłem tego słowa znaczeniu powstają li tylko podczas wchodzenia do kesonu, t. j. w okresie przechodzenia do powietrza ścieśnionego (kompresya) i wychodzenia z kesonu, t. j. w okresie przechodzenia z powietrza ścieśnionego do zwykłej atmosfery (dekompresya).

Posiedzenie kliniczne dnia 5. marca 1907 r.

1) Łogucki i St. Kopczyński przedstawili preparaty anatomiczne i podali opis przypadku **raka rozsianego** *(carcinomatosis)* z licznymi przerzutami w mózgu.

2) Karwacki przedstawił **preparat** tkanki płucnej srebrzonej podług metody Levaditiego z przypadku **kiły wrodzonej.** Krętki blade najliczniej spotyka się w ścianach naczyń i w ścianach oskrzeli, pośród pęczków łącznotkankowych, dalej w treści oskrzeli i pęcherzyków płucnych, w miąższu płuc, a nawet w świetle naczyń.

3) Żenczykowski i Bernhardt przedstawili chorego na **przewlekłą białaczkę gruczołową,** leczonego **naświetlaniem promieniami Roentgena** z dobrym wynikiem.

Posiedzenie kliniczne w d. 19. marca 1907 r.

1) Kozerski przedstawił przypadek zwykłego **toczenia** szyi, **leczony** naprzód przezeń **lampą Finsen-Reyna,** następnie **zapomocą radu.** Radem naświetlano każde miejsce od 5—60 minut na każdem posiedzeniu, wogóle po 3 godziny każde miejsce. Obecnie na miejscu tocznia widać piękną białą bliznę.

2) Świątecki Jan wygłosił drugą część swego odczytu **o chorobach kesonowych.** Choroby kesonowe zależą tylko od okresu dekompresyi; w okresie kompresyi jedynem niebezpieczeństwem, jakie grozi człowiekowi, jest pęknięcie błony bębenkowej, względnie wylewy krwawe w jamie bębenkowej i błędniku. Choroby kesonowe powstają przy szybkiem przejściu z powietrza ścieśnionego do zwykłej atmosfery. Podstawę anatomiczną tych chorób stanowią zatory powietrzne tętnic mózgowych i rdzeniowych; pęcherzyki gazu zjawiają się we krwi na tej samej zasadzie, jak w wodzie, nasyconej gazem pod wysokiem ciśnieniem po odkorkowaniu butelki.

Z chorób kesonowych spostrzegał i omówił Świątecki następujące: 1) zamartwicę *(asphyxia)*, 2) zawroty, 3) bole mięśni i stawów, 4) obrzęki; inni autorowie spostrzegali nadto 5) porażenia i niedowłady nerwów kończyn i głowy, 6) świąd (*pruritus*), 7) niemotę, 8) a nawet rozmaitego rodzaju psychozy. Wszystkie objawy, spostrzegane przy ogólnie znanych chorobach nerwowych, są tu możliwe, wszystko bowiem zależy od przypadkowego zatkania tętnicy lub tętnic końcowych pęcherzykami gazu, który, jak to badania stwierdziły, składa się przeważnie z azotu. Jeżeli zator trwa dłużej, niż 15 minut, to występują trwałe zmiany w tkance mózgowej w postaci ograniczonych ognisk martwiczych. Leczenie chorób kesonowych polega na wdychaniu tlenu i t. zw. rekompresyi. Przez wdychanie tlenu przyspiesza się wymiana między azotem pęcherzyków w naczyniach krwionośnych, a tlenem pęcherzyków płucnych. Rekompresya polega na wprowadzeniu chorego znów do kesonu, lub do umyślnie urządzonej przestrzeni pneumatycznej, w której ciśnienie doprowadza się do poprzedniej wysokości i następnie bardzo powoli się je obniża. Znaczenie lecznicze rekompresyi staje się zrozumiałem, gdy się zważy, że pęcherzyk gazu, poddany ciśnieniu dwóch atmosfer zmniejsza się o 50%, a przy ciśnieniu 3,5 atmosfer o 75%. Następcza, bardzo powolna dekompresya ma na celu dać czas ustrojowi pozbyć się nadmiaru gazu ze krwi przez płuca. Zapobieganie polega jedynie na możliwem przedłużaniu okresu dekompresyi.

Dyskusya: Podany przez prelegenta odsetek (30%) pęknięć błony bębenkowej podaje Guranowski w wątpliwość; przypuszczać chyba należy, że u części przynajmniej robotników, badanych przez Świąteckiego, istniały już poprzednio zmiany błon bębenkowych. Stankiewicz czyni uwagę, czy w przeciwieństwie do policytemii wysokogórskiej, cechami niedokrwistości kesonowej nie będzie rozwodnienie krwi i osocza, makrocytoza, leukopenia. Świątecki tłómaczenie to uznaje za niesłuszne choćby już dlatego, że spotykał jednocześnie wybitną leukocytozę, t. zw. »cienie« i ciałka Bizzozera. U zwierząt, u których wykonywał doświadczenia, oligocytemia trwała kilka tygodni, a ilość erytrocytów stopniowo i zwolna wracała do stanu prawidłowego, co znów trudnoby było objaśnić mechanicznem rozwodnieniem krwi. *J. L.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Za wielki postęp uważać należy, że władze polityczne coraz częściej karają w swoim zakresie kramarzy, rzeźników i szynkarzy za przekroczenie przepisów o czystości przy sprzedaży artykułów żywności i t. d. Energiczne wyzyskanie istniejących przepisów jest tem konieczniejsze, że, jak to podnosi Sprawozdanie Rady zdrowia za r. 1901/2, niektóre sądy traktują takie sprawy z niewytłómaczoną pobłażliwością i z reguły uwalniają winnych. Skarżył się na to i gdzieindziej Zakład badania środków spożywczych[1]). Dopóki więc sędziowie galicyjscy nie zrozumieją doniosłości swego na tem polu zadania, muszą władze polityczne brak ten ile możności zastąpić. Należałoby tu starać się koniecznie o poprawę stosunków w sądach; wpływ światłych członków sądownictwa może tu dużo zaważyć, skoro n. p. są całe powiaty (strzyżowski 1903), gdzie jednolite postępowanie sądów wyrugowało prawie zupełnie fałszowane towary z handlu. Wogóle zaś byłoby pożądane, by i postępowanie władz politycznych było w całym kraju równie energiczne, jak dotąd jest w niektórych tylko powiatach.

Sprawozdanie Rady zdrowia za r. 1901/2 podnosi wielki postęp w zakresie rzeźni stołecznych. We Lwowie otwarto w tym czasie nową wzorową rzeźnię, w Krakowie rzeźnię rozszerzono. (Dalszych ulepszeń w rzeźni krakowskiej oczekiwać można w najbliższych latach). Na odpowiednio urządzone rzeźnie zdobyło się też kilka miast prowincyonalnych (Czortków, Radomyśl, Oświęcim, Kamionka).

[1]) Bier: 1906.

Ciekawe są wyniki badania wódek, zarządzonego w całym kraju w roku 1901 przez Namiestnictwo (z powodu ówczesnego międzynar. Zjazdu przeciw alkoholizmowi, odbytego w Wiedniu). Prawie połowa z badanych prób (200) zawierała ponad 50% wyskoku, zaledwo zaś połowa zawierała niedogonu mniej od najwyższej w Niemczech dozwolonej granicy (0·3%).

3. Higiena budowli i mieszkań.

Z mieszkań wielkomiejskich najważniejszą jest oczywiście sprawa mieszkań dla ludności robotniczej i wyrobniczej. Pod tym względem nie zawierają niestety Sprawozdania Rady zdrowia za lata 1901/3 żadnych pocieszających wiadomości, przeciwnie zaznaczają stale brak higienicznych mieszkań robotniczych zarówno we Lwowie, jak w Krakowie i brak wszelkiego niemal na tem polu postępu. We Lwowie dobre mieszkania ma tylko część robotników kolejowych; stworzona w Krakowie przez grono ludzi dobrej woli z inicyatywy ś. p. prof. Jordana kolonia robotnicza jest niewielka, a rozwija się powoli z powodu braku funduszów i przeszkód, stawianych przez wojskowość. Przepełnienie mieszkań ludności uboższej wzrasta w obu miastach tem gwałtowniej, że ruch budowlany nietylko ze wzrostem ludności nie wzrasta, lecz przeciwnie — słabnie, jak to stwierdza Rada zdrowia już w latach 1901/3. (Od owego czasu przeszedł Kraków nawet zupełny zastój budowlany).

Lepiej, niż w miastach stołecznych, jest co do mieszkań robotniczych na prowincyi w okolicach fabrycznych, np. w powiecie bialskim, drohobyckim. Natomiast nawet w powiecie bialskim, mimo wielu fabryk, zatrudniających robotników z odległych wsi, brak ciągle odpowiednich przytulisk i domów noclegowych. Oczywiście znacznie jeszcze gorzej jest w osławionych okolicach naftowych. W Borysławiu izby noclegowe »urągają wszelkim wymaganiom sanitarnym« i »właściwie wszystkie powinnyby być zamknięte«, czego jednak nie można uczynić, bo znaczyłoby to wyrzucić z pod dachu mnóstwo nędzarzy, nie mogących opłacić lepszego noclegu.

Szczęściem dla naszych miast i miasteczek możnaby wobec opłakanych stosunków mieszkalnych nazwać poniekąd.... pożary, bo po nich prawie wszędzie następuje rozumna regulacya miasta i porządniejsza odbudowa (1903: Dolina, Rożniatów, Złoczów, 1901/2: Mielec, Radomyśl, Nowy Targ, Sokal, w którym jednak w dobrych nowych domach znów nie ma wychodków, z dawniejszych: Stryj). Ale zdarza się, że i po pożarze miasteczko odbudowuje się z pominięciem wszelkich przepisów ustawy budowlanej (Mikulińce, Uhnów), co smutno świadczy o energii władz, powołanych w danem miejscu do nadzoru.

Robotnicy rolni na obszarach dworskich są w znacznie gorszem położeniu, niż robotnicy fabryczni na prowincyi. Z roku na rok wytyka Rada zdrowia opłakane te stosunki. Mieszkania są najczęściej bardzo liche, przeludnione i bardzo brudne, a gdzieniegdzie »ludność miejscowa słusznie nazywa je »piekłem«. Oburzają się nasze pisma codzienne na to, że w Prusach bywają robotnicy galicyjscy pomieszczani nieraz gorzej, niż bydło. Czemuż nigdy nie oburzają się na to, jak się ich umieszcza w kraju? Co gorsza, czemu wezwanie władz, skierowane do obszarów dworskich, można bezkarnie lekceważyć (Przemyślany 1903)?

W budowaniu domów włościańskich po wsiach jest w ostatnich latach widoczny, bardzo pocieszający postęp. Dotyczy to więcej zachodniej części kraju, niż wschodniej i więcej tych powiatów, w których czasowa emigracya do Ameryki najwięcej jest rozwinięta. Sama Rada zdrowia podnosi, że powracający emigranci »budują domy lepsze, nawet z pewnym komfortem i zachęcają przez to swych sąsiadów do większej o mieszkanie dbałości« (1901/2). Wychodzi tu na jaw znowu jedno z dobrodziejstw żywiołowego zjawiska emigracyi, dzięki krótkowidztwu pewnych sfer przez tyle lat lekceważonego. Jeżeli pomimo braku wszelkiego kierunku i opieki i stawianych jej przeszkód zdołała emigracya zapisać się dodatnio w bilansie ogólnokrajowym nietylko ekonomicznym, ale i kulturalnym, a nawet sanitarnym, to jakieżby przyniosła korzyści, gdyby się nią dość wcześnie i życzliwie zajęto! Natomiast w tych zwłaszcza powiatach, gdzie brakło ożywczych prądów emigracyi, mieszka ludność wiejska po staremu fatalnie i w miarę wzrastającego przeludnienia coraz fatalniej. Opisywać te stosunki rzecz zbyteczna, każdy z nas zna je dobrze, to też i Rada zdrowia wspomina o nich tylko mimochodem, gdy wypadnie np. napiętnować, że są powiaty, w których »ustawy budowniczej nikt nie przestrzega« (Sambor 1903). (C. d. n.)

W sprawie działalności rządowego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.

W Nrze 22. »Przeglądu lekarskiego« na str. 289 zestawia autor streszczenia Sprawozdań c. k. krajowej Rady zdrowia surowe liczby próbek, zbadanych przez c. k. Powszechny Zakład do badania środków spożywczych, z liczbą próbek, zbadanych przez niektóre pracownie chemiczne miejskie i wysnuwa stąd wniosek na korzyść pracowitości pracowni miejskich.

Autor streszczenia nie byłby do tego wniosku doszedł, gdyby zwrócił uwagę nietylko na ilość, ale i na jakość badań, jakoteż na zakres działania, organizacyę wewnętrzną i manipulacyę urzędową Zakładu rządowego.

Bezpośrednia kontrola środków spożywczych i przedmiotów użytku nie należy do obowiązków Zakładu, stąd też i co do ilości badanych prób pozostaje Zakład w ścisłej zależności od władz administracyjnych rządowych i gminnych, powołanych do wykonywania kontroli w swoim okręgu, od władz sądowych, a w części osób prywatnych. Przyznane jest wprawdzie Zakładowi prawo wykonywania kontroli bezpośredniej w całym kraju, ograniczone jest ono jednak w wysokim stopniu środkami finansowymi Zakładu, oraz do pewnego stopnia trudnościami ze strony władz krajowych. Nie może przeto Zakład mimo najlepszych chęci swych urzędników podejmować większej ilości badań nad te, które mu nadesłano. Natomiast miejskie pracownie chemiczne powołane są — nawet tam, gdzieby istnieli ukwalifikowani komisarze targowi — do bezpośredniej kontroli targowej i kontrolę tę wykonują metodami t. zw. targowemi, przeto liczba badanych środków spożywczych w zupełności zależy od ich dobrej woli, a na badanie każdej próbki zużywa się znacznie mniej czasu. Dostarczone do rządowego Zakładu próbki muszą podlegać ścisłemu badaniu chemicznemu, mikroskopowemu lub bakteryologicznemu, już choćby z tego względu, że każdy zakwestyonowany przez Zakład produkt oddanym być musi sądowi do oceny karygodności kupca sprzedającego, a orzeczenie zakładowe podlegać może i w swych technicznych szczegółach krytyce. Władze miejskie w wypadkach zakwestyonowania ograniczają się zazwyczaj do kar i zarządzeń administracyjnych. W czasie, potrzebnym do wykonania badania ścisłego jednej próby masła, mleka, nafty lub pieczywa, wykonać można kilkadziesiąt prób targowych danego produktu. Zapewne, że i miejskie pracownie wykonują pewną ilość badań ścisłych w wypadkach wątpliwych, ilość ta jednak w całości badanych prób jest niewielka, podczas gdy ścisłe badanie środków spożywczych i przedmiotów użytku w Zakładzie rządowym koniecznem jest nadto i ze względu na osiągnięcie i kontrolę norm potrzebnych dla umiejętnej oceny.

Przy rewizyach, wykonywanych ze strony Zakładu, delegowani w tym celu urzędnicy, wykonując kontrolę podręczną w części przy użyciu narzędzi, nie wliczają liczby wogóle badanych przy rewizyi przedmiotów do swoich sprawozdań, nie pojawiają się też one w sprawozdaniach Zakładu, lecz tylko ilość prób, pobranych do badania ściślejszego. Wliczając ilość badań targowych w swe sprawozdania roczne mógłby Zakład rządowy mimo nielicznych swych rewizyi wykazać rocznie conajmniej 500—1000 przedmiotów badań więcej, niż wykazuje; nie czyni jednak tego, wychodząc z założenia, że badanie targowe, wykonywane poza pracownią, nie należy w ścisłem tego słowa znaczeniu do zadań Zakładu i nie może być postawione na równi z innemi badaniami, wykonywanemi przez Zakład.

Inspektor *Dr Leonard Bier*,
za urzędników c. k. powsz. Zakładu dla badania środków spożywczych.

Wyjaśnienie powyższe uważam za tem pożądańsze, że, podając autentyczne szczegóły o zakresie i sposobie działania Zakładu rządowego, potwierdza ono moje przypuszczenie, iż działalność Zakładu mogłaby być wobec najlepszych chęci i gorliwości swych urzędników, nie podawanej przezemnie w najmniejszą wątpliwość, znacznie większą i skuteczniejszą, gdyby była odpowiednio poparta przez władze administracyjne i sądowe. Uważny czytelnik mego streszczenia w Nr 22 »Przeglądu« łatwo dostrzeże, że chodziło w niem przedewszystkiem o wytknięcie braków, od Zakładu niezależnych. *Ciechanowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zawiadamia kolegów lekarzy, że na mocy układu, zawartego z Towarzystwem ubezpieczeń od wypadków we Lwowie, należy się honoraryum w wysokości 6 koron za tak zwane »wstępne i końcowe doniesienie« o wypadku, przesłane Towarzystwu przez lekarza ordynującego. Dla uniknięcia nieporozumień wyjaśnia równocześnie Wydział, że wynagrodzenie to nie odnosi się wcale do badania szczegółowego i wydania orzeczenia lekarskiego, za co lekarz, uskuteczniający badanie to na żądanie Towarzystwa, policzyć sobie może stosownie do nakładu pracy odpowiednie honoraryum. — Z polecenia Wydziału Izby z d. 25. V. 1907. *Dr Langie,* sekretarz Izby.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zawiadamia kolegów, że dosłowny odpis uchwały pełnej Izby o podwyższeniu honoraryów lekarskich o 50%, wydrukowany na kartonie, dostarczyć może na życzenie każdemu z lekarzy po cenie 1 korony za egzemplarz. Nadwyżka dochodu przeznaczona na fundusz zapomogowy. Ponieważ odpowiednie kartony każe się wykonać dopiero, gdy dostateczna liczba kolegów ich zażąda, przeto uprasza się nadsyłać zamówienia wprost do Biura Izby w Krakowie przy ul. Radziwiłłowskiej L. 4. — Z polecenia Wydziału Izby z d. 25. V. 1907. *Dr Langie,* sekretarz Izby.

Towarzystwo lekarzy kolejowych zachodniej Galicyi *nadesłało nam następujące sprawozdanie:*

W d. 19. V. 1907 odbyło się w Tow. lek. w Krakowie najpierw nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarzy kolejowych, poświęcone uczczeniu pamięci ś. p. prof. Jordana; przewodniczący dr Zoll w krótkiem, a gorącem przemówieniu podniósł bolesną stratę, jaką dotknięte zostało społeczeństwo wszystkich dzielnic polskich. Obecni stojąc wysłuchali przemówienia, poczem uchwalono wziąść gremialny udział w pogrzebie i zamknięto posiedzenie. — Po przerwie otwarł przewodniczący Walne zgromadzenie Tow. lek. kolej. Galicyi zach., zagajając je sprawozdaniem z rokowań z zarządem ogólnego Związku lek. kolei państwowych austr. z siedzibą w Wiedniu. Do zarządu tego Towarzystwa na Walnem zgromadzeniu w d. 25. III. 1907 w Wiedniu wybrani zostali jako prezesi: dr E. Bergmann, dr J. Jödisch z Wiednia i dr Józef Zoll z Krakowa, a jako członkowie Wydziału m. i. dr Zgórski ze Lwowa i dr Żukowski ze Stanisławowa. Na podstawie przeprowadzonych rokowań zachęca mowca do przystąpienia do tej, blizko 600 członków liczącej organizacyi przez zamianę Towarzystwa zach.-gal. na sekcyę ogólnego Związku, co też jednomyślnie uchwalono po krótkiej dyskusyi, w której zabierali głos: dr Jakubowski, dr Walczyński i dr Ślusarczyk. Następnie wybrano wydział Sekcyi zach.-gal. w następującym składzie: przewodniczący: dr J. Zoll, zastępca przew.: dr A. Jabłoński, sekretarz: dr E. Szwarcenberg-Czerny, skarbnik: dr F. Eichhorn, członkowie wydziału: dr A. Ackermann, dr A. Jakubowski (Grybów) i dr A. Ślusarczyk (Oświęcim). — Uczyniono dalej cały szereg wniosków co do dalszego postępowania organizacyi celem nietylko wywalczenia poprawy bytu i stanowiska społecznego lekarzy kol., lecz także zmierzających do uregulowania służby, poprawy stosunków sanitarnych i zmiany instrukcyi służbowej. Uchwały te przedłożone będą zarządowi centralnego związku. Na wniosek dra Smyczyńskiego uchwalono w myśl okólnika Izby lek. zach.-gal. wnieść gremialnie podania o podwyższenie honoraryów lekarskich, a zarazem udać się do zarządu Izby o poparcie tych podań u przełożonej władzy. — Wreszcie ożywioną dyskusyę wywołał paragraf 11 taksy aptekarskiej na rok 1907. W ustanowionej przez siebie taksie nałożył rząd na aptekarzy obowiązek opustu dla kas chorych 20% od materyałów, a 50% od robocizny; aptekarze oparli się temu opustowi i oświadczyli, że byliby skłonni do ustępstw tylko w razie płacenia za każdą receptę. Ponieważ pewien zarząd kolejowej kasy chorych,—(wobec stanowiska, zajętego przez aptekarzy, którzy mimo humanitarnego celu kas chorych, nie chcą przyjąć złożonych im kaucyi, a domagają się wprost niewykonalnego płacenia przez odbierającego lekarstwo, gotówką należytości za każdorazowe leki) — obciążył jednego z kolegów obliczaniem należytości za przepisany środek i wypłacanie z kaucyi, złożonej przez zarząd kas, potrzebnej na leki kwoty, — przeto uchwalono zobowiązać tego lekarza, aby żądanie kasy chorych stanowczo odrzucił, gdyż jest to czynność ściśle administracyjna, nie mająca z leczeniem nic wspólnego, natomiast dobro chorych przez poświęcenie czasu na takie czynności musi ucierpieć. Uchwalono też, by na przyszłość tego rodzaju obowiązków żaden z lekarzy nie przyjmował. — Dr Walczyński podniósł niestosowność przesadnego ograniczenia lekarzy w zapisywaniu środków, oraz nieodpowiednią formę, w jakiej się to, nieraz z ujmą dla powagi lekarza, czyni; wnosi przeto mowca, aby istniały ogólnikowe przepisy w jaknajpoufniejszej formie co do koniecznych oszczędności w wydawaniu i przepisywaniu środków leczniczych. Wnioski te jednomyślnie uchwalono i uproszono dra Walczyńskiego, by objął referat w tej tak ważnej, nietylko lekarzy, ale i członków kas chorych dotyczącej sprawie.

Towarzystwo zwolenników przyrodolecznictwa powstało w Warszawie. Towarzystwo to ma prawo m. i. »otwierać zakłady przyrodolecznicze, kąpiele powietrzne i słoneczne« i tworzyć oddziały na prowincyi. Nasuwa się pytanie, czy i jaką rolę w Towarzystwie tem grają lekarze i czy dostatecznie zabezpieczono, aby działalność jego nie stała się — koncesyonowanem partactwem? *R.*

Łóżka płatne, a przeznaczone dla chorych zamożnych (Zahlstöcke) nie będą urządzone w nowych szpitalach wiedeńskich. Ministerstwo odstąpiło od tej myśli ze względu na protesty lekarzy wiedeńskich, uważających urządzenie takich łóżek za szkodliwe dla lekarzy praktycznych. *R.*

Śmiertelność niemowląt w pierwszym roku życia wynosi w Norwegii tylko 7,9% (w stosunku do liczby noworodków), w Szwecyi 8,6, we Francyi 13,7, we Włoszech 14,2, w Anglii 14,6, w Belgii 15,5, w Niemczech 19,8 (najwięcej w Bawaryi — 25%). *R.*

Choroba tęgoryjcowa w kopalniach w Austryi dotąd znaczniej się jeszcze nie szerzy. Wśród 7517 badanych górników stwierdzono ją tylko u 44, którzy przedtem pracowali w kopalniach zagranicznych. *R.*

Zwalczaniu alkoholizmu we Francyi przyjdzie z pomocą ustawa, ograniczająca liczbę wyszynków. Obecnie bowiem przypada jedna koncesya na wyszynk trunków na 85 mieszkańców! *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 19. do 25. V. 1907 doniesiono o 1 nowym przypadku ospy w m. Brodach, o 52 przypadkach duru plamistego w 13 gminach, a mianowicie w pow. Drohobycz (m. Drohobycz 1), Horodenka (Dąbki 9, Sarny 5), Kosów (Szeszory 3), Lisko (Baligród 1, Wołkowyja 5, Cisowiec 1), Mościska (Wola małnowska 11), Nadwórna (Dobrotów 5, Zarzecze 1, Zielona 4), Śniatyn (Rożnów 4), Stryj (Podhorce 2) i o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 1, pow. Strzyżów (Lubla 2). — W czasie od 26. maja do 1. czerwca 1907 doniesiono o 1 nowym przypadku ospy w pow. Kamionka (Witków nowy 1), o 49 przypadkach duru plamistego w 16 gminach, a mianowicie pow. Bohorodczany (Markowa 1), Borszczów (Korolówka 3), Buczacz (Porchowa 10), Dobromil (Dobromil 1), Horodenka (Dąbki 3, Daleszowa 1, Horodenka 9), Jaworów (Nahaczów 1), Lisko (Smolnik ad Lutowiska 4), Nadwórna (Pasieczna 1, Zielona 2), Rawa (Manastyrek 4), Śniatyn (Rożnów 4), Stanisławów (Stanisławów 1), Stryj (Podhorce 1, Tarnawka 3) i o 6 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 4 gminach, a mianowicie Brzesko (Łysa góra 1), Gorlice (Gorlice 1), Tłumacz (Ottynia 3), Wadowice (Benczyn 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. V. do 1. VI. 1907 przypadków: płonicy 2, krztuśca † 1, nagminnego zapalenia ślinianek 1, róży 2, tężca 1 † 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 26. V. do 1. VI. 1907 urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 2; zmarło osób 59 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 10 (4), zapalenia płuc 4, płonicy 1 (1), duru brzusznego 1 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. V. do 1. VI. 1907 przypadków: błonicy 1, płonicy 4 † 1 (w tem obcy 1 † 1), odry 7, duru osutkowego 2, duru brzusznego 2 (1), nagminnego zapalenia opon † 1. *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 5. VI. b. r. posiedzenie, na którem 1) doc. Nowotny przedstawił przypadek dychawicy oskrzelowej przewlekłej, w którym tracheoskopia i bronchoskopia górna stwierdziła (podobnie, jak w jednym już przypadku prof. Pieniążka), że objawy dychawicy należy tłómaczyć obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli, a zastosowanie kokainy i adrenaliny przez tracheoskop stan bardzo znacznie poprawiło; 2) dr Eisenberg przedstawił nowy sposób wczesnego rozpoznawania duru brzusznego zapomocą użycia żółci do hodowli, oraz preparaty różnych krętków (m. i. krętka duru powrotnego z epidemii warszawskiej) i świdrowców; 3) dr Ehrenpreis miał wykład p. t.: O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie. W dyskusyi zabierali głos drdr: Wojciechowski, Stahr, Eisenberg.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Wojciech Rec, rodem z Chorzelowa w Galicyi.

Lwów. By upamiętnić dziesiątą rocznicę otwarcia pierwszych klinik Wydziału lekarskiego we Lwowie, przypadającą 25. V. b. r., wydaje «Tygodnik lekarski« numera, poświęcone zosobna każdej z tych klinik. I tak Nr 22 zawiera rys historyi kliniki lekarskiej i prace z tej kliniki, kierowanej przez prof. Gluzińskiego.

— Kolonia lecznicza dla dzieci zołzowatych w Rymanowie ogłosiła sprawozdanie za r. z. Założone w r. 1885, wysłało Towarzystwo, zajmujące się tą kolonią, dotychczas do Rymanowa ogółem 1,965 dzieci, w roku ostatnim 130. Własne budynki wystawiono dla kolonii w latach 1890—1895. Dochody w r. z. wynosiły 17,711 kor., w tem wkładki członków (zaledwo 150) — 450 kor.; wydatki 13,414 kor.

Warszawa. Towarzystwo opieki nad nerwowo chorymi utrzymywało w r. 1906 w schronisku w Drewnicy 133 chorych. Ze 114 chorych zgłaszających się musiano połowie odmówić, a z drugiej połowy 41 czeka na miejsce. Wobec tego tem pilniejszą jest budowa szpitala w Karolinie, której jednak dla braku funduszów nie może rozpocząć Towarzystwo, mające na r. 1907 dochodów 32,163 rb., a przewidywanych wydatków 46,925 rb. Do zarządu na r. 1907 wybrani zostali drowie: Karol Rychliński i A. Dydyński.

— Do zarządu Polskiego Towarzystwa badań nad dziećmi wybrani zostali z lekarzy drowie: Chodecki i W. Sterling.

— Komitet ruchomych oddziałów okulistycznych wysyła na czerwiec oddział do Zamościa pod kierunkiem dra M. Reyrro.

— Budowniczowie szpitalni oświadczyli, że nie biorą na siebie nadal odpowiedzialności za mocno uszkodzone budynki szpitalne, których warszawska Rada dobr. publ. wskutek braku funduszów od dłuższego czasu nie naprawiała.

— »Zdrój Ciechociński (Nr 2) donosi, że w roku przyszłym ma się odbyć w Warszawie zjazd balneologiczny polski.

— Dzienniki donoszą z Petersburga, że po długiem oczekiwaniu zatwierdziły władze Związek lekarzy polskich. (Z doniesień tych nie wiadomo, czy chodzi o Związek, powstający swego czasu w Warszawie, czy o petersburskie towarzystwo tej nazwy, dotychczasowe »Koło lekarskie kat. Tow. dobr.«).

Z różnych stron. Kursa pedyatryczne dla lekarzy, urządzone przez Wydział lekarski paryski, odbędą się na oddziele prof. Grancher w szpitalu dziecięcym w Paryżu od 1—31. lipca b. r. Kursa te obejmą 54 wykładów i ćwiczeń, oraz szereg wycieczek naukowych. Opłata za cały kurs 100 fr. Szczegółowych wyjaśnień zasięgnąć można od dra M. Armand-Delille (Hôpital des Enfants-Malades, Paris, 149 rue de Sèvres).

Mianowani: członkami Rady weterynaryjnej w Wiedniu prof. J. Nowak z Krakowa, rektor prof. Szpilman i prof. Grabowski ze Lwowa;

prof. Küttner z Marburga dyrektorem kliniki chirurgicznej we Wrocławiu.

Redakcya otrzymała: Męczkowski: Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskiem. Tom I. Warszawa (Wende). Cena 1,50 rb. — Fukala: Üb. Heilung von Iritis u. schwerer Iridocyclitis. Odb. »Aerzt. Ctr. Ztg.« 1907.

Zmarli: Dr Wilhelm Słapa, zasłużony znakomitą działalnością na stanowisku skarbnika »Towarzystwa Samopomocy lekarzy« i »Towarzystwa ratunkowego«, w 40 r. ż. w Krakowie; dr Jakób Ettinger z Warszawy, lekarz »Instytutu oftalmicznego«, autor kilku prac z dziedziny okulistyki, otoczony ogólnym szacunkiem kolegów dla swego szlachetnego charakteru, w 37 r. ż. w Otwocku.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 12. czerwca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym 1) Demonstracye. 2) Sprawozdanie komisyi, wybranej dla sprawy szpitalnictwa krajowego.

Po posiedzeniu wspólna wieczerza.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Jodofan poleca dr Gerstle z Berlina (*Medizinische Klinik* 1907, Nr 9) jako nowy przetwór jodowy, organiczny (wyrobu instytutu chem. dra Horowitza w Berlinie, Nr 24). Jest to zupełnie niedrażniący środek, odkażający rany. Nietylko zastępuje on jodoform, lecz przewyższa go z powodu braku działania trującego i silnego działania odkażającego, jakoteż dlatego, że nie wywołuje wyprysku (Eisenberg, »Münch. med. Wochs.« 1907, Nr 7). Autor stosował go z dobrym skutkiem w leczeniu czyraków. Stosując odpowiednie przepłukiwania, udaje się zapobiedz tworzeniu się dalszych czyraków. Doprowadziwszy czyrak przez okłady do przebicia, lub przeciąwszy go, jeżeli jest bardzo bolesny i wzrasta, opatruje G. na sucho, jeżeli cięcie sięga do tkanki zdrowej, na wilgotno zaś, jeżeli cięcie jest małe, przyczem do opatrunku używa 10 prc. gazy jodofanowej. Skórę w otoczeniu cięcia chroni przed działaniem ropy przez zwilżenie jej octanem glinu i posypanie obfite jodofanem. W 28 przyp. uniknął w ten sposób G. zadziałania ropy na tkankę sąsiednią. Na ranę wystarczy cieniutka warstwa jodofanu, ze względu na silne działanie przeciwgnilne tego środka. Także w licznych przypadkach obrażeń świeżych stosował G. jodofan, niemniej w zanokcicach, do tamponowania pochwy, przy rozpadającym się raku części pochwowej, przy wrzodzie goleni, wrzodzie miękkim, sączących wypryskach i t. d. G. uważa jodofan za jeden z najlepszych środków odkażających w zastosowaniu do ran różnego rodzaju, a w szczególności za doskonały środek do leczenia czyraków. *Hr.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan,** b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek.**
Dr **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski,** właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian,** („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers H.,** kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek,** (Dom „Świteź").
Dr **Lewicki Stanisław,** b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar,** lekarz okr.
Dr **Langie Adam,** okulista, od 1 lipca do 15 sierp. (tylko w chor. ocznych).
Dr **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery,** b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag,** (Willa „Atylla").
Dr **Kołączkowski J.,** kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz,** radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward,** (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski,** radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński,** (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk,** lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz,** („Villa St. Hubert").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.
Dr **Wobr,** lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard,** (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg,** (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef,** („Stadt-Paris" Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.,** radca ces., (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregenten str. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko,** b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar,** („Pascha" Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.,** („Stadt Hamburg").